

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 081846

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3363 Société : R.A.N.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FARZOUZ Mohamed  
 Date de naissance : 06-06-1955  
 Adresse : 80, Le Corniche des Jendoules Phos 2  
 Tél. : 0664776760 Total des frais engagés : 2198,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR RAIS Youssef Anesthésiste - Réanimateur CLINIQUE ANDALOUS  
 Date de consultation : 04/04/2022  
 Nom et prénom du malade : FARZOUZ Mohamed Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : DR + HTA  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 10/5/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : Guy

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/04/2022			62000	<i>[Signature]</i> D. RAIS Anesthésiste - Réanimateur CLINIQUE ANDALOUSSE Tél. 05 22 39 79 41

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> CLINIQUE ANDALOUSSE Tél. 05 22 39 79 41	04/04/2022	€ 125,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

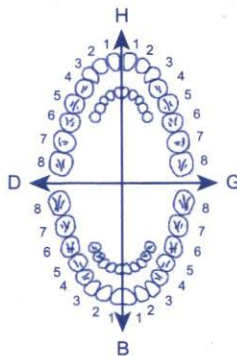
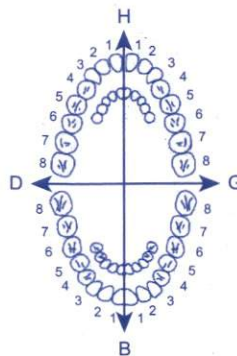
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr RAIS Youssef  
Anesthésiste - Réanimateur  
CLINIQUE ANDALOUS  
Tél 0522 39 39 41

Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
canne d'arc de Lyon



مصحة الأندلس  
Clinique Andalouss

مصحة متوأمة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية  
جان دارك بليون

FAR tout Mohamed

04/04/2022

8x909.07  
\* XARELTO 15mg 4

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban  
42 cps

P.P.V : 909,00 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090785

XARELTO 15 mg  
Rivaroxaban  
42 cps

P.P.V : 909,00 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090785

191j

x 3 mois

307.00

21 LYRICA 75mg

1 - 0 - 1

x 2 mois

2125.00

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUSS  
19, Av. Driss Slaoui - Anfa  
Casablanca - Tél. 05 22 39 79 41  
ICE 001875041000036

Lyrice® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH



6 118001 170678

Dr RAIS Youssef  
Anesthésiste - Réanimateur  
CLINIQUE ANDALOUS  
Tél 0522 39 39 41

**Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24**

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax.05 22 39 39 43: الفاكس - Tél. 05 22 36 27 27 (L.G) : الهاتف - العار البيضاء - أنفا - شارع ادريس السلاوي (منارة سابقا) - أنفا

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793